Aus der Universitäts-Frauenklinik der Charité.

Der komplette Dammriß und seine Folgen

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

Von

Herbert Burger

aus Berlin

Tag der Promotion: 16. 8. 32.

Dr. Emil Ebering, Berlin NW 7, Mittelstraße 29

191

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

D e k a n : Prof. Dr. G. von Bergmann

Referent: Prof. Dr. G. A. Wagner

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41533911_0025

Der komplette Dammriß stellt eine der unangenehmsten Komplikationen dar, die bei der Geburt eintreten können, unangenehm sowohl für die Mutter wie für den Geburtshelfer. Ihn nach Möglichkeit zu verhüten, darauf muß das Augenmerk jedes Arztes und jeder Hebamme gerichtet sein. Ob es aber wohl so weit kommen wird, daß man den kompletten Dammriß ganz aus dem Rahmen der Geburtshilfe streichen kann, erscheint recht unwahrscheinlich. In den Frauenkliniken, in denen die Leitung einer Geburt in den Händen eines Facharztes und gut geschulter Hebammen liegt, ist der Prozentsatz der vorkommenden kompletten Dammrisse auf ein Minimum von 0,2 bis 0,5 % gesunken, aber ganz hat er sich nicht vermeiden lassen.

An der Universitäts-Frauenklinik der Charité Berlin (Direktor: Prof. Dr. G. A. Wagner) kamen in der Zeit vom 1. Januar 1926 bis zum 15. Dezember 1930 auf 7394 Geburten 1449 Dammverletzungen,[1] unter ihnen 20 Fälle von komplettem Dammriß vor. In der der Klinik angeschlossenen Poliklinik ereigneten sich während der Zeit vom 1. Januar 1928 bis 15. Dezember 1930 bei 1350 Geburten 361 Dammverletzungen, wobei 11 Fälle kompletten Dammriß zeigten. Das bedeutet für die Klinik einen Prozentsatz von 19,5 % Dammverletzungen überhaupt, darunter 0,27 % Totalrisse, für die Poliklinik einen Prozentsatz von 26,7 % mit 0,81 % Dammriß 3. Grades. Aus dem Unterschied zwischen den Zahlen der Klinik (knapp $^1/_5$ aller Fälle) und denen der Poliklinik (über $^1/_4$ aller Fälle bezw. dreimal so viel komplette Risse) ergibt sich deutlich der Hinweis auf die Art der Geburtsleitung.

---

1. Episiotomien sind bei den Berechnungen Dammrissen 2. Grades gleichgesetzt und mitgerechnet.

In sehr vielen Fällen wurde die Poliklinik erst nach erfolgter Geburt bezw. erfolgten Dammriß von der Hebamme hinzugezogen, die bis dahin für die Geburtsleitung allein verantwortlich war.

Auf die Genese, Aetiologie, Therapie und Folgen der Dammrisse im allgemeinen und der kompletten Dammrisse im besonderen einzugehen, ist meine Aufgabe.

Die Genese der Dammrisse spielt sich nach Stoeckel wie folgt ab: „Jeder Dammriß beginnt mit einem Scheidenriß, der links und rechts von der Columna rugarum posterior liegt und oft nur sehr unbedeutend, bei spontanen Geburten selten über 4 cm lang ist. Wenn es beim Einschneiden oder Durchschneiden des Kopfes anfängt zu bluten, so ist ein Scheidenriß entstanden. Er verhütet zuweilen, daß auch der Damm zerreißt, zieht aber öfter einen Dammriß nach sich. Der Damm zerreißt immer von innen nach außen. Beim Dammriß 1. Grades kommt es zu Zerreißung des Frenulums und der oberflächlichen Dammhaut bis auf höchstens 2 cm. Beim Dammriß 2. Grades zerreißt die Dammuskulatur, wobei der M. sphincter ani externus, auch wenn ein Segment von ihm im Wundspalt sichtbar wird, intakt bleibt. Der Dammriß 3. Grades stellt eine Zerreißung der Damm-Muskulatur und des M. sphincter ani externus dar, wobei sich der Riß noch ein Stück in die vordere Mastdarmwand fortsetzen kann."

Zangemeister und Küstner unterscheiden bei Dammrissen ihrem Entstehungsmechanismus nach zwei Gruppen.

1. quere Zerreißungen, die eine mehr oder weniger zirkuläre Abreißung des Scheidenrohres am vulvaren Ende darstellen können und durch eine Ueberdehnung des Scheidenrohres in der Längsrichtung zustande kommen.

2. Längszerreißungen, die dann gegeben sind, wenn das Scheidenrohr in querer Richtung überdehnt wird. Sie sitzen gewöhnlich seitlich der Columna rugarum.

Für die Entstehung von Dammrissen überhaupt und für die von kompletten Dammrissen ganz besonders bildet die Geburt neben ganz verschwindenden Ausnahmen die Veranlassung. Da die Entstehung so außerordentlich verschieden und meist von dem Zusammentreten mehrerer auslösender Momente abhängig

gemacht werden kann, sei hier etwas näher auf die Aetiologie der Dammrisse eingegangen.

Hierbei ist von sehr großer Bedeutung, ob es sich um eine spontane oder um eine operativ beendete Geburt handelt. So fand Eisenreich in der Münchener Klinik bei Spontangeburten 11 % Dammrisse und Episiotomien, bei Operativgeburten dagegen 35 %, insgesamt lagen 13 % Dammrisse und Episiotomien vor. Berger berichtet aus der Freiburger Klinik bei einem Gesamtdurchschnitt von 16,6 %, daß auf Spontangeburten 15,2 % Dammrisse entfallen, während sich bei Operativgeburten der Prozentsatz auf 37,5 % steigert. Ahlfeld, von Franqué, Schröder rechnen mit rund 25 % Dammrissen. An der Universitäts-Frauenklinik der Charité fand ich bei 7394 Geburten 19,5 % Dammrisse und Episiotomien. Von den 7394 Geburten der Klinik waren 6363 Spontangeburten und 1031 operativ (durch Zange, Extraktion, Wendung und Sectio caesarea) beendete Geburten. Von den spontan Gebärenden erlitten 965 einen Dammriß, das sind 15,1 %. Wenn man bei Berechnung des Prozentsatzes von Dammverletzungen bei operativ beendeten Geburten die durch Sectio caesarea abdominalis (also nicht per vias naturales) beendeten abzieht (es sind 177 Fälle) bleiben noch 854 Geburten. Von ihnen hatten 481 einen Dammriß im Gefolge, d. h. 56,3 %. Unter den 43 Fällen von frischen und alten kompletten Dammrissen fand ich 37,2 % bei spontaner und 62,8 % bei operativer Geburt entstanden.

Allgemein kann man nach Eisenreich wohl annehmen, daß bei operativen Eingriffen 3—5 mal so viel Dammrisse und Episiotomien entstehen bezw. nötig werden, wie bei Spontangeburten. Zangemeister gibt sogar an, daß nach seiner Ansicht bei Zangenentbindung in 80 % und bei Extraktionen in 70 % aller Fälle Dammrisse entstehen.

Ein weiteres wichtiges Moment in der Aetiologie der Dammrisse stellen die anatomischen Mißverhältnisse des Beckenausgangs dar. Hier muß man zwischen knöchernen und Weichteilhindernissen unterscheiden.

Unter den knöchernen Hindernissen dürfte wohl zweifellos der zu enge und spitze Schambogen die wichtigste Rolle spielen. Nach Kopsch soll der Arcus pubis über 90° betragen. Da-

durch, daß dem kindlichen Kopf bei der Passage des Beckens und besonders des Beckenausganges in den weit nach medianwärts ragenden Rami inferiores ossis ischii und ossis pubis zwei Hindernisse im Wege stehen, die er nicht beseitigen kann, ist er somit gezwungen, sich einen Weg zu suchen, der ihm erlaubt, die Hindernisse zu umgehen. Er muß also den Beckenausgang mehr sacralwärts verlassen. Es ist klar, daß es nunmehr zu einem noch stärkeren Auswalzen und noch größerer Dehnung und Quetschung der Weichteile kommt, als es ohnehin schon bei normalen Becken der Fall ist. So berichtet G. A. Wagner von einem Fall, bei dem allerdings neben einem außerordentlich engen Schambogen noch ein ungewöhnlich hoher Damm (11 cm!) vorhanden war, von einer Geburt, bei der der kindliche Kopf sich seinen Weg statt durch die Vulva direkt durch den Damm bahnte. Auch von vielen Fällen von komplettem Dammriß wird berichtet, daß die Enge des Schambogens mit als wichtigste Ursache der Verletzung anzusprechen gewesen sei (Bumm, Eisenreich, Sellheim, Stöckel). Auch ich fand in 8 Fällen, also bei fast $^1/_5$ aller Patienten, einen Schambogen, der unter 90° blieb oder 90° im Höchstfall erreichte.

Auch das allgemein verengte Becken stellt natürlich durch die Raumbeengung, die durch den knöchernen Rahmen gegeben ist, einen nicht unbeträchtlichen Anteil bei der Entstehung von Dammrissen dar. Von den von mir untersuchten Frauen hatten 6 ein allgemein verengtes Becken 1. Grades. Der zu niedrige Arcus pubis des plattrachitischen Beckens und der zu hohe des Beckens mit infantilem Typus können dem Schädel nicht die tiefe Aufnahme gewähren, die zur Entlastung der hinter dem Schambogen ausgespannten Weichteile notwendig ist. (Sellheim.)

Zu den Deformitäten, die durch Verengung im Beckenausgang eine übermäßige Kraftprobe für die Elastizität der Dammgegend verursachen, gehört ferner das Trichterbecken (Stöckel). Auch beim Trichterbecken, das zwar ziemlich oft vorkommt, aber nur selten hochgradige Verengungen zeigt, findet man entsprechend der Höhe und geringen Breite dieser Beckenform einen schmalen Schambogen.

Von der Beckenneigung hängt ebenfalls viel für die Belastung des Dammes ab. Je geringer die Beckenneigung ist. um so mehr liegt die Vulva nach vorn, um so stärker und länger wird der Damm vom kindlichen Kopf belastet. Zu den seltensten knöchernen Hindernissen gehören noch die Exostosen und Ekchondrome, sowie maligne Geschwülste der Beckenwand, die aber meist durch ihren Lieblingssitz am Promontorium und an der Symphyse mehr den Beckeneingang als den Beckenausgang verengen. Nicht unerwähnt bleiben darf dann noch die die Norm überschreitende Höhe der Symphyse als raumbeengende Veränderung (Döderlein, G. A. Wagner). Bei einer Patientin (Fall 4) fand ich eine auffallend hohe (etwa 8 cm) Symphyse, die mit ihrer sehr scharfen Unterkante stark nach innen stand. Außer dieser hatte noch eine andere Patientin eine allerdings nicht so deutliche sehr hohe Symphyse.

Die Weichteilhindernisse sind in der Form und Struktur des Dammes selbst gegeben. Sehr hohe, sehr dicke und übermäßig muskelstarke, aber auch sehr dünne Dämme, die neben einer stark atrophischen Muskelschicht fast nur aus Haut bestehen und beim Andrängen des Kopfes nahezu schutzlos sind, reißen leichter als niedrige mit normal entwickelter Muskulatur. Narben alter Dammrisse und großer plastischer Operationen, auch der Scheide, erhöhen wegen der Raumbeengung und Unnachgibigkeit des Narbengewebes die Zerreißlichkeit des Dammes (Fall 20, 28, 40). Starke Varicenbildung in der gefährdeten Gegend, spitze Kondylome, besonders mangelnde Elastizität des bindegewebigen Anteils der Dammuskulatur, die Rigidität des Dammes bei alten Erstgebärenden, sowie ödematöse Schwellung (bei Nephritis und vitium cordis), s. Fall 14, sowie die beim Ein- und Durchschneiden des Kopfes mechanisch bedingte Anämie des Dammes sind wesentliche Ursachen in der Aetiologie der Dammrisse. In der Bewertung der ödematösen Schwellung als Dammriß verursachenden Grund steht Eisenreich im Gegensatz zu Bumm, v. Braun, Stöckel auf einem anderen Standpunkt. Er sieht in dem Oedem ein natürliches Schutzmittel gegen Dammrisse. Enge und infantile Scheiden und Dämme haben eine erhöhte Disposition zu Dammrissen (s. Fall 7), doch wird dieses Minus, da es sich meist um jugend-

liche Gebärende handelt, in der Mehrzahl der Fälle durch die maximale Elastizität und Anpassung des jugendlichen Gewebes wieder ausgeglichen. In seltenen Fällen wird man auch eine übermäßige Entwicklung des Lig. arcuatum verantwortlich zu machen haben. In manchen Fällen aber geschieht es auch anscheinend ohne jeden plausiblen Grund, daß der Damm vor dem andrängenden Kopf „wie Zunder" auseinandergeht (Bumm).

Auf der anderen Seite muß natürlich übermäßige Größe des Kindes, vornehmlich des kindlichen Kopfes — besonders bei Hydrocephalus, wenn er überhaupt in das Becken eingetreten ist —, notwendigerweise zu Zerreißungen führen, denn die Dehnbarkeit auch des besten Dammes hat einmal ihre Grenzen. In 8 Fällen fand ich große, immer übertragene Kinder von sämtlich über 4000 g Gewicht und mehr als 36 cm Kopfumfang. Mitunter kommt es aber auch vor, wiederum mit Vorzug bei großen Kindern, daß der stark konfigurierte Schädel ohne eine Wunde zu setzen geboren ist und der große Schultergürtel den Dammriß verursacht (Fall 13, 20).

Wohl die wichtigste Ursache der Dammrisse ist in der Art des Austrittsmechanismus zu suchen. Je kleiner der Kopfdurchmesser ist, der sich zunächst in der Schamspalte einstellt, umso weniger wird der Damm überdehnt. Deshalb sind die Hinterhauptslagen am günstigsten, da bei ihnen der Kopf mit dem Diameter bregmatico-suboccipitalis in die Vulva tritt. Die Vorderhauptslagen sind erheblich ungünstiger und die Stirnlagen sind die ungünstigsten (Einstellung im Diameter fronto-occipitalis). Außerdem sind alle Deflexionslagen deshalb ungünstiger, als die Flexionslage, weil bei dieser das harte und voluminöse Hinterhaupt an der Symphyse steht, das weiche, schmale und komprimierbare Gesicht über den Damm rotieren muß. Beckenendlagen sind ebenfalls ungünstiger als Schädellagen, weil Beckenende und Rumpf den Damm nicht so stark dehnen, daß der nachfolgende Kopf die Vulva leicht passieren kann (Stöckel). In 10 Fällen fand ich Beckenendlagen.

Die Häufigkeit der Darmrisse ist in den einzelnen Lebensjahren verschieden. So fand Berger bei Gebärenden bis zum 20. Jahre durchschnittlich 10 %, bis zum 25. Jahre 11 %, bis zum 30. Jahre 17—18 %, vom 30. bis über das 40. Jahr bis fast 100 % Dammrisse. Erstgebärende erleiden auch häufiger

Dammrisse als Mehrgebärende, bei denen das Gewebe den Geburtsvorgang schon einmal durchgemacht hat und dadurch reaktionsfähiger geworden ist. In dem Material der durchgesehenen Geburten verteilen sich die Dammrisse zu 67,5 % auf Erstgebärende und zu 32,5 % auf Mehrgebärende. Bei den kompletten Dammrissen ist das Verhältnis 32 : 11 zu ungunsten der Erstgebärenden.

Einer der gewöhnlichsten Fehler ist der, daß die Geburt zu rasch erfolgt, d. h. daß der Kopf einschneidet, bevor es zu einer ausreichenden Dammdehnung gekommen ist. Einige starke Wehen, die in unvernünftiger Weise durch Bauchpresse im Moment des Schädeldurchtritts kumuliert werden, werfen den Kopf mit einem Ruck über den Damm, der unter dem plötzlichen Ueberdruck zum Bersten kommt (Fall 3, 7, 10, 23, 30). Eine Sonderstellung nehmen allerdings die „Sturzgeburten" ein. Von ihnen müßte man ganz besonders viele und große Dammrisse erwarten (Bumm), doch fand Stöckel in über 12 Fällen von Sturzgeburten auch nicht bei einer die kleinste Verletzung. „Ein Faktum, das sehr bemerkenswert und mit unseren Anschauungen der Dammrisse und über die Zweckmäßigkeit des Dammschutzes schwer zu vereinigen ist."

Extraktionen am Beckenende oder mit der Zange (wobei die Spreizung der Vulva durch die Zangenlöffel noch verstärkt wird), die aus besonderer Indikation rasch erfolgen müssen, werden natürlich zu Dammverletzungen ganz besonderen Anlaß geben (s. oben). Döderlein berichtet noch von einem groben Kunstfehler, der wohl an einer Klinik nicht vorkommen dürfte, daß durch falsche Handhabung der Zange, d. h. Einführen der Löffel mit nach hinten gerichteter Spitze die ganze hintere Scheidenwand aufgerissen und ein tiefer Mastdarm-Scheiden-Dammriß erzeugt wurde.

Fast immer sind es mehrere gleichzeitig wirkende ungünstige Momente, die ätiologisch für das Zustandekommen der totalen Dammruptur verantwortlich zu machen sind. Darum muß das Bestreben dahin gehen, möglichst alle widrigen ätiologischen Faktoren auszuschalten oder, wo das nicht möglich ist, auf ihren Verlauf einen günstigen Einfluß zu gewinnen. Die Prophylaxe wird sich darum besonders auf folgende Punkte erstrecken müssen:

1. Durch Abwarten und Zurückhalten des Kopfes für eine möglichst langsame und gleichmäßige Dehnung der Schamspalte zu sorgen.

2. Den Kopf im möglichst günstigsten Durchtrittsplanum austreten zu lassen.

3. Zur Verhinderung eines zu schnellen Durchtretens des Kopfes während der Wehenpause, eventuell mit Ritgen'schem Hinterdammgriff oder Olshausen'schem Mastdarmgriff den Kopf zu entwickeln.

4. Durch rechtzeitige Episiotomie dem rißbedrohten Gewebe an einer gewünschten und prognostisch günstigen Stelle Entspannung zu verschaffen.

5. Die Schulterentwicklung langsam, nacheinander und im günstigsten Durchmesser erfolgen zu lassen.

Bei kleinen Dammrissen ist die Diagnose mit Leichtigkeit zu stellen. Dagegen stößt die Entscheidung zwischen einem großen Dammriß 2. Grades und einem kompletten Dammriß zuweilen auf große Schwierigkeiten. Für diesen Fall ist es am einfachsten, mit behandschuhtem Finger ins Rektum einzugehen. Man fühlt dann sofort, ob der Schließmuskel erhalten ist oder ob der Eingang in den Mastdarm nicht mehr durch den Sphincter verschlossen ist.

Im allgemeinen haben die oberflächlichen Schleimhautverletzungen, auch wenn sie nicht per primam intentionem heilen, keine besonderen Nachteile für die Frauen. Jene Risse aber, bei denen die Beckenbodenmuskulatur in mehr oder minder hohem Grade mit eingerissen ist, führen, wenn die Muskelstümpfe nicht sogleich wieder vereinigt werden, dazu, daß die verletzten Muskelfasern sich retrahieren. Die Folge der Retraktion ist eine Bindegewebsnarbe. Der Beckenboden besteht fortab nicht mehr aus solidem Muskel, sondern großenteils aus funktionsunfähigem Bindegewebe, das nicht ausreichend fest ist, um Vagina und Uterus als Stütze zu dienen, zum Teil ist er defekt. Der Levatorspalt klafft zu weit und damit ist die Grundlage für Deszensus, Prolaps und ähnliche Folgeerscheinungen, auf die später eingegangen wird, gegeben. Ferner besteht erhöhte Infektionsgefahr durch die weit klaffende Vulva.

Anders sind die Folgen der Zerreißung des Muskulus sphincter ani externus. Hier können gerade durch den medianen

bis an den Sphincter herangehenden tiefen Riß die seitlich liegenden Levatoren entspannt und vor Zerreißungen bewahrt werden. Folge des kompletten Dammrisses ist daher weniger Deszensus und Prolaps als vielmehr Insuffizienz des muskulären Schlusses: Inkontinentia alvi et flatus. Welche Folgezustände dann immer sich im Gefolge eines größeren Dammrisses einstellen, auf jeden Fall sind sie derart, daß sie die Forderung begründen, jeden kompletten Dammriß gleich nach der Geburt durch Naht zu vereinigen. Diese Forderung wird heute allgemein mit seltener Einstimmigkeit gestellt (Ahlfeld, Bumm, Döderlein, Eversmann, Hammerschlag, von Jaschke, Stöckel und viele andere). Ausnahmen machen eigentlich nur Straßmann, der empfohlen hat, auf die Naht der Scheide zu verzichten und sich mit der eigentlichen Dammnaht zu begnügen, und ferner Hegar, der sich im allgemeinen gegen die primäre Naht ausspricht und sie überhaupt nur unter gewissen Voraussetzungen unternommen wissen will. Nach Hegar wäre die Naht überhaupt nur bei Dammrissen angezeigt, bei denen eine Insuffizienz des Scheidenschlusses und des Beckenbodens mit Sicherheit zu erwarten steht und folgende Vorbedingungen vorhanden sind:

1. Die Wunde muß von einer solchen Beschaffenheit sein, daß eine prima intentio mit Sicherheit (oder großer Wahrscheinlichkeit) zu erwarten ist, es darf also kein zu weitgehender Riß ins septum recto-vaginale, keine Quetschung und Sugillation bestehen.

2. Der Allgemeinzustand der Entbundenen muß ein guter sein, insbesondere muß eine bereits bestehende Infektion ausgeschlossen werden können. Es darf keine Temperatursteigerung, kein auf Endometritis oder Kolpitis zurückzuführender Ausfluß bestanden haben.

3. Die äußeren Verhältnisse müssen derart sein, daß die Operation mit allen Kautelen der Asepsis und Antisepsis gut durchgeführt werden kann, und weiter müssen alle Bedingungen gegeben sein, die einen günstigen Heilungsverlauf unter Ausschluß einer Spätinfektion gewährleisten.

Da diese Forderungen insgesamt schwer zu erfüllen sind, kommt Hegar zu dem Schluß: „Die Naht eines kompletten Dammrisses ist wohl kaum je zu empfehlen." Mit dieser Ansicht

steht Hegar ziemlich vereinzelt da. Seine Publikation wurde besonders von Eversmann und Vogel einer scharfen Kritik unterworfen. Beide sind grundsätzlich für sofortige Naht, ganz besonders für die des kompletten Risses. Eversmann sieht selbst in hohem Fieber keine Kontraindikation der Naht: „Es ist eine allgemein bekannte Tatsache, daß selbst bei schwerem Puerperalfieber der genähte Damm meist gut heilt. Kontraindikation wäre nur ein bereits eingetretener schmierig-eitriger Wundbelag, der in den ersten 12 Stunden wohl kaum je zu konstatieren sein wird." Wie wird nun ein frischer kompletter Dammriß am zweckmäßigsten vernäht? Es kommt wohl im wesentlichen nur eine Methode in Frage, die „isolierte Naht". Zuerst wird durch versenkte Catgutnähte, welche submucös und ohne durch die Schleimhaut des Rectums durchzustechen, das Rectum genäht (Bumm, Liepmann, Zangemeister). Eine Infektion vom Rectum her, welche den ganzen Erfolg in Frage stellen könnte, wird so am sichersten vermieden. Ist das Rectum geschlossen, so kommt die isolierte und solide Naht des Sphincter ani heran. Seine beiden Stümpfe müssen unter der gefältelten Haut des Analringes mit subkutan ausholender Nadel, die den Muskel breit faßt, hervorgeholt und mit 2 kräftigen Cutgutknopfnähten vereinigt werden. Nach dieser Naht ist der komplette Riß in einen inkompletten verwandelt worden, und nun wird er durch Scheidennaht und zum Schluß durch Dammnaht völlig vereinigt.

Die Ergebnisse der primären Naht des Dammrisses 3. Grades sind verschieden. Sie hängen von der Technik des Operateurs ganz besonders und noch von vielen anderen äußeren Umständen ab. Zweifel fand unter 20 im Privathaus von 20 verschiedenen Aerzten genähten Dammrissen 3. Grades nicht einen p. p. geheilt, ein Mißerfolg der Naht von 100%! Es dürften aber solche Zahlen nicht absolut beweisend sein, denn es suchen ja nur ungenügend geheilte Frauen die Klinik auf, während Frauen mit gutem Nahtresultat nicht in die klinische Beobachtung kommen. Von 31 aus der Klinik v. Brauns heilten 21 per primam. Von 6 Dammrissen 3. Grades, die sich an der Straßburger Klinik ereigneten und sofort genäht wurden, berichtet Zimmermann, daß 3 p. p. geheilt, 2 weitere mit granulierenden Stellen entlassen wurden, das sind 83% Heilerfolge. Eversmann berichtet über 7 Fälle aus der Bonner Poliklinik,

von denen 6 p. p. heilten. Aus der Bonner Klinik beschreibt Schommertz 18 genähte Dammrisse 3. Grades mit 83 % Heilerfolgen. In der Breslauer Poliklinik ergaben sich bei 47 Fällen, die primär genäht wurden, nach Küstner 36 primäre Heilungen. Ammenhäuser fand in der Würzburger Klinik bei 24 frischen Dammrissen 3. Grades 19 (d. h. 80%) p. p. Heilung. Schröder fand an der Kieler Klinik bis zu 75 % gute funktionelle Ergebnisse bei primärer Naht. An der Universitäts-Frauenklinik der Charité fand ich in 31 Fällen von frischen kompletten Dammrissen

1. anatomisch: 1. Heilung per primam int.
26 mal = 83,87 %
2. Heilung per secund. int.
4 mal = 12,88 %
3. Primärheilung mit einer kl. Fistel
1 mal = 3,22 %

2. funktionell: 1. Vollkommene Heilung
27 mal = 87,19 %
2. Partielle Heilung (Incontinentia flatus u. für dünnen Stuhl)
4 mal = 12,88 %
3. Völlige Inkontinenz
0 mal = 0 %

Aus diesen Zusammenstellungen ergibt sich, daß bei entsprechender Technik teilweise sehr gute Heilungserfolge durch die sofortige Naht des kompletten Dammrisses erzielt werden können. Noch besser sind naturgemäß die Resultate bei Dammrissen ohne Verletzung des Sphincters, und es finden sich in der Literatur Angaben bis zu 95 % Heilung. Die heute allgemein aufgestellte Forderung, jeden Dammriß primär zu nähen, ist also wohl begründet.

Wie jede andere frische Wunde bietet auch der Dammriß die meiste Gewähr für glatte Heilung, wenn er möglichst bald nach der Geburt vernäht wird, und die Dauer zwischen Geburt und Naht soll 12 Stunden, im Höchstfall 24 Stunden nicht überschreiten (Eisenreich, Liepmann, v. Franqué, Eversmann, Nagel). Meistens ist nach diesem Zeitraum die ganze Wunde mehr oder weniger stark fibrinös belegt, sodaß vor Beginn der Naht die Wunde erst gereinigt und angefrischt werden muß.

Während nun Zangemeister für den Fall des Mißlingens der Primärnaht empfiehlt, nach 2 Wochen — Ahlfeld sogar schon nach 6–8 Tagen — eine Sekundärnaht vorzunehmen, warnen Bumm, Eisenreich, Schröder, Stöckel davor, die Sekundärnaht zu kurze Zeit post partum vorzunehmen. Erst wenn die völlige Involution der Genitalien abgeschlossen ist, die Hyperämie und Weichheit der Gewebe ganz verschwunden sind, jeder Fluor aufgehört hat, ist die Gewähr für haltbare und aseptische Nähte gegeben. Das ist im Durchschnitt 3 Monate post partum. Sippel berichtet von 2 Fällen, bei denen Plastiken 8 Wochen post partum und Dammriß angelegt wurden, wobei eine enorme Blutung durch Einschneiden der Nähte entstand, die nur durch Tamponade zu stillen war. Er führt dieses Vorkommen auf einen ätiologischen Zusammenhang mit der Gravidität zurück, die die Schleimhaut besonders hyperämisch gemacht und außergewöhnlich wenig gefestigt habe.

Bei der Primärnaht größerer Risse wird eine Anästhesie wohl immer notwendig werden. Am zweckmäßigsten ist für diesen Fall eine Inhalationsnarkose, die bei guter Vorbereitung der Naht nicht lange durchgeführt zu werden braucht. Eine Lokalanästhesie ist bei großen Dammrissen, besonders bei kompletten, nicht am Platze, da ihr Vorzug, das infiltrierte Gewebe anämisch und damit übersichtlich zu machen, im negativen Sinne wieder ausgeglichen wird durch die starke wässrige Durchtränkung des Gewebes, und das hierdurch bedingte schlechte Halten der geknüpften Naht. Bei Dammplastiken kommt natürlich die Lumbal-Anästhesie ebenfalls in Frage.

Für die operative Wiederherstellung eines alten totalen Dammrisses stehen uns eine ganze Anzahl von Operationsmethoden zur Verfügung. Allen gemeinsam ist das Prinzip durch die Perineo-proctoplastik, in erster Linie eine Wiederherstellung des Mastdarmrohres und vor allem der von einander losgerissenen Fasern des M. sphincter ani, in zweiter Linie die Herstellung einer Scheidewand zwischen Rectum und Vagina in der Breite, als es der einzelne Fall zuläßt oder erfordert, zu erreichen. Die Operateure suchen in ihren Methoden durch Schaffung frischer Wundflächen die verletzten Teile, jeden für sich, wieder her-

zustellen und zum neuen Damm aufzubauen. Nach Schröder scheiden sich die Operationsmethoden in zwei Gruppen:

A. Die mit typischer starrkonfigurierter, schematischer Anfrischungsfigur.

1. Simon-Hegar'sche Dreiecksfigur. Bei dieser Anfrischungsmethode entspricht der Sagittalschnitt einem Dreieck, dessen Seiten vom Damm, vom Scheidenschleimhautriß und vom Mastdarmriß gebildet werden. Es wird auch gesunde Schleimhaut dabei geopfert, ohne sicher alle Narben zu umfassen.

2. Freund's Schmetterlingsfigur. Die Anfrischung erfolgt an zwei Zipfeln, besonders die seitlichen Narben der Scheide werden betroffen, die Columna rugarum bleibt erhalten.

3. Lawson-Tait'sche (u. Sänger'sche) Lappenspaltungsmethode. Das Septum rectovaginale wird quer durchtrennt, auf beiden Endpunkten des Schnittes werden zwei senkrechte Schnitte nach vorn bis zu den kleinen Labien und ebenso nach hinten bis an den Sphincter angelegt, so daß die Schnitte die Figur eines H bilden. Dann wird nach vorn und hinten je ein Lappen abpräpariert, der vordere nach vorn, der hintere nach hinten zurückgeschlagen und der Damm quer vereint.

4. Fritsch macht nur den Querschnitt und trennt Scheide und Mastdarm, schneidet überflüssige Narben aus und vereinigt sagittal.

B. Die individualisierende Methode Küstner's und z. T. Walchers.

Küstner hat besonders exakt Narbenverhältnisse studiert und auf die unregelmäßige Vernarbung hingewiesen. Darauf aufbauend, gibt er als wichtigstes Moment der Dammplastik an, den Narben nachzugehen, diese auszuschneiden, die retrahierten Partien zu mobilisieren und so Verhältnisse herzustellen, wie sie in der frischen Wunde unmittelbar nach der Verletzung bestanden.

Die Antwort auf die Frage, welche Operationsmethode aus dieser Zahl eigentlich die beste ist, nach welcher soll operiert werden, muß man wohl schuldig bleiben. Küstner selbst sagt: „Es ist falsch, die Operation der Scheidendammplastik nach irgendeinem Schema auszuführen, es ist also falsch, eine bestimmte Methode dafür auszubilden und ein Prinzip für besser als andere Methoden erklären zu wollen. Vielmehr soll jeder

Fall so operiert werden, wie seine Eigentümlichkeit es verlangt. Auch Hofmeier steht auf dem Standpunkt, daß man den Operationsplan den anatomischen Verhältnissen des einzelnen Falles jeweilig anpassen muß.

Die Ergebnisse der Heilung von Dammplastiken sind wesentlich günstiger als die der Heilung von genähten frischen Dammrissen 3. Grades. Die Ursache dafür ist wohl erstens eine innerliche, dadurch daß bei Plastiken alter Totalrisse die die primäre Wundheilung so außerordentlich gefährdenden Lochien wegfallen, und zweitens eine ganz äußerliche. Während die Naht des frischen Dammrisses (oder wenigstens der Versuch) auch vom Praktiker ausgeübt wird, ist die Dammplastik sicher dem Spezialisten überlassen, und hier sind durch spezialisierte Technik und Pflege bessere Vorbedingungen gegeben. Von den 12 Fällen, in denen die Perineoplastik ausgeführt wurde, fand ich:

1. anatomisch:	1. Heilung p. p. int.	10 mal =	83,33 %
	2. Heilung p. sec. int.	1 mal =	8,33 %
	3. Heilung mit kl. Fistel	1 mal =	8,33 %
2. funktionell:	1. Vollkommene Heilung	12 mal =	100 %
	2. Partielle Heilung (Inkont. flat. u. für dünnen Stuhl)	0 mal =	0 %
	3. Völlige Inkontinenz	0 mal =	0 %

Einen nicht geringen Anteil an den recht guten Heilergebnissen in der Klinik hat die Nachbehandlung bezw. auch die Vorbereitung zur Operation. Eine Vorbereitung kommt natürlich nur in Fällen von Dammplastik bei altem Dammriß in Frage. Sie besteht in einer Diät, die so eingerichtet ist, daß nur möglichst vollkommen resorbierbare Nahrungsmittel gereicht werden. Am Abend vor der Operation wird die Pat. noch einmal abgeführt, dann wird durch Opium die Ruhigstellung des Darmes herbeigeführt. In den ersten Tagen erhalten die Pat. nur flüssige Kost und zur weiteren Ruhigstellung des Darmes 6 Tage lang 3 mal täglich 15 Tropfen Tinct. Opii simpl. Jedoch darf der Stuhl nicht zu lange aufgehalten werden, denn sonst bilden sich trotz der flüssigen Diät so harte Kotballen, daß sie bei der ersten Entleerung die Dammnaht wieder aufreißen. Aus diesen Grunde ist Bumm im Gegensatz zu anderen Autoren

(Hammerschlag, Schröder, Stöckel u. a.) überhaupt gegen jede Verabreichung von Opium. Am 6. Tag erhält die Pat. als Abführmittel Rizinusöl und dazu noch vorsichtig mit dem Kinderdarmrohr Mikroklysmen von Glyzerin oder Oel. Vieles Nachsehen nach dem Wundheilungsverlauf ist möglichst, besonders aber bei Rissen, die weit nach seitwärts reichen, zu vermeiden, denn beim Auseinanderspreizen der Beine und Auseinanderziehen der Labien wird sehr leicht die verklebte Wunde ganz oder teilweise wieder aufgerissen. Am besten bleiben die Frauen mit geschlossenen Beinen ruhig liegen und man sieht vor dem 8. Tag nicht nach (Bumm).

Der nur per granulationem oder unvollkommen geheilte komplette Dammriß hat eine Anzahl von Erscheinungen im Gefolge, auf die noch hingewiesen sei.

Die häufigste und quälendste Folgeerscheinung des nicht geheilten, kompletten Dammrisses stellt die Inkontinentia alviet flatus dar. Die Wundränder vernarben für sich allein, das Perineum ist dann vollständig geschwunden. Scheide und Anus bilden nur ein- und denselben Weg, eine einzige tiefe Bucht mit Narben oder höckrigem Rand, mit einem schleimigen Gewebe bekleidet, und sofern die Teilung sich bis zur Rectovaginalschleimhaut erstreckte, bildet der unterste Teil des Rectums und der Vagina eine Kloake. Ein solcher Zustand ist für eine Frau qualvoll, nicht nur, daß es sich hier um einen Verlust physischer Reize handelt, sondern auch um ein so schauderhaftes Uebel, wie ein widernatürlicher After eines ist. Der Sphincter widersetzt sich dem Austritt von Gasen und Fäkalien. Ohne Zweifel können diese noch eine Zeitlang im Rectum verweilen, wenn sie eine gewisse Konsistenz haben, aber wenn sie breiig sind, so ist ein immerwährendes Drängen vorhanden, und wenn sie flüssig, gehen sie wider Willen ab und beschmutzen die Vagina und die Nachbarteile. Dieser Zustand wird garnicht selten durch ein intertriginöses Ekzem (Fall 9) der vom Darminhalt häufig benetzten Hautstellen durch Brennen und Jucken verschlimmert. Es ist begreiflich, daß die unglücklichen betroffenen Frauen ihren Zustand Tag für Tag in immer neuer Qual empfinden und in ihrem erzwungenen Abschluß von jedem größeren Menschenkreise zu Verzweiflung und Depression kom-

men. In gar nicht seltenen Fällen allerdings kommt es zu einer Wiederkehr der Kontinentia alvi trotz Zerreißung der Mastdarmscheidenwand. Das ist einmal möglich durch die vicariierende Hypertrophie und Funktion des höher gelegenen Sphincter internus, wie auch dadurch möglich, daß der Sphincter externus sich mit seinen beiden Enden an die Narbe ansetzt und nun nach der Narbe hin sich kontrahierend, den Darm genügend abschließt. Schröder berichtet von Fällen, bei denen die Frauen gelernt haben, durch Anspannen des intakt gebliebenen M. levator ani auch festere Stuhlmassen zurückzuhalten, ja manchmal einen vollgültigen Verschluß des Rectums zu erzielen.

Im gleichen Sinne weist auch Hofmeier darauf hin, wie erstaunlich wenig mitunter Frauen von diesen Zerreißungen gestört werden. Die genaue Entscheidung, ob hierfür der sog. Sphincter tertius oder die Obstipation Gewöhnung an regelmäßige Defäkation oder andere Umstände die Ursache abgeben, bleibt er allerdings schuldig. „Tatsache ist, daß sie so wenig belästigt werden, sonst wäre es nicht denkbar, daß so viele Frauen jahrelang mit solchen Verletzungen herumlaufen." Unter den Pat. mit veraltetem ungeheilten kompletten Dammriß fand ich bei Frauen, die ihren Dammdefekt schon 20, 24, 30 und eine sogar 40 Jahre ohne Beschwerden haben, diese Ansicht bestätigt.

In welchem Maße die mangelnde Sphincterfunktion in Erscheinung tritt, ist auch davon abhängig, ob etwa Neigung zu Obstipation besteht. Im ganzen war bei 7 Pat. also *16,3* % Trägheit des Stuhles festzustellen. Wenn auch Obstipation bei Frauen aus vielen Gründen (Asthenie, insuffiziente Bauchdecken, Lageanomalien des Uterus u. a.) häufig vorkommt, so ist doch auffallend, daß unter den Pat. mit komplettem Dammriß jede 6. an Verstopfung leidet. Die Erklärung ist nach Sellheims Auffassung wohl darin zu suchen, daß die Pat., die ein großes Interesse an einem festen Stuhl haben, sich gewissermaßen künstlich eine Obstipation anzüchten.

Neben den Störungen der Darmfunktion, die, wenn sie überhaupt vorhanden sind, die führende Stellung in dem Beschwerdenkomplex der Pat. einnehmen, wurde in 8 Fällen über ein Gefühl des Druckes oder der Senkung nach unten „als ob etwas herausfiele" geklagt. In 4 Fällen bestand eine Cystocele, in

2 Fällen eine Rectocele, einmal bestand ein Deszensus uteri. In der Aetiologie von Genitaldeszensus und Prolaps spielt die Beschaffenheit des Beckenbodens als Stützpfeiler eine wichtige Rolle. Reißt diese Stütze entzwei oder wird sie durch Gewebsüberdehnung insuffizient, so wird das Zusammenspiel in der aus Beckenboden, Bauchwand und Zwerchfell gebildeten Muskelkapsel des Abdomens empfindlich gestört. Dem Druck der Bauchdecken und des Zwerchfells steht kein entsprechender Gegendruck gegenüber, und infolgedessen kommt der Eingeweideblock und besonders sein unterster Pol, die Genitalien, aus der Gleichgewichtslage und weicht den von oben wirkenden Druckkräften nach unten aus. Somit spielen die Geburtstraumen, der Dammriß und die wiederholte Dehnung und Ueberdehnung des Beckenbodens, dieHauptrolle in der Aetiologie der Scheidenuterussenkung. Während man nach älterer Ansicht noch in dem Dammriß ein wichtiges ätiologisches Moment für einen Deszensus vaginalis und Deszensus uteri sah, haben Halban und Tandler bewiesen, daß der mediane Dammriß eine so untergeordnete Rolle in der Deszensusätiologie spielt, daß er garnicht ins Gewicht fällt. Ihre Ansicht erscheint besonders einleuchtend im Hinblick auf alle die Pat., die, ohne je geboren zu haben, einen Deszensus haben. Auch Hofmeier und Schröder warnen vor Ueberschätzung der Dammdefekte. „Als begünstigende Momente für das Zustandekommen von Prolapsen der Vagina und des Uterus kommen sie nach Schröders Ansicht nur dann in Frage, wenn der Rand des Hiatus genitalis durch die Verletzung mit einbegriffen war und der Hiatus mehr oder weniger weit klafft und nicht genügend Stütze bei Erhöhung des Bauchinnendruckes bietet. Die gewöhnlichen Dammdefekte spielen für Lageanomalien keine wesentliche Rolle. Selbst bei kompletten Defekten fehlt ein Prolaps, wenn der Hiatus genitalis genügend schließt." Das Zustandekommen von Genitaldeszensus bezw. Prolaps ist sicher von einer so großen Reihe von Momenten abhängig, daß der Dammdefekt einen kleinen Anteil hat. Auffallend ist, daß in 7 Fällen, bei denen ich Deszensus, Cystocele oder Rectocele fand, mit einer Ausnahme der Damm immer intakt war.

Bei 7 Frauen bestanden Kreuzschmerzen, von ihnen litten 4 an Lageanomalien (alle hatten eine Retroflexio), Ob diese Beschwerden als typisches System anzusprechen sind, ist allerdings unsicher, da man sie auch sonst häufig unabhängig von Erkrankungen der Genitalsphäre auf nervöser Basis bei Frauen befindet.

Nicht unerwähnt sei der Hinweis auf die Beziehungen zwischen komplettem Dammriß und der weiteren Fortpflanzungsfähigkeit. Nach Hofmeier kann man mitunter fast von einer erworbenen Sterilität sprechen, denn durch den Riß, wenn er nicht geheilt ist, ist der Scheidenschluß sehr schlecht und es kommt so zum Abfluß des Spermas nach der Kohabitation. Sicher spielt auch eine Rolle, daß die Kohabitationen wegen des geschädigten Scheidenschlußapparates und aus ästhetischen Gründen weniger häufig stattfinden.

Es wäre noch zu erörtern, ob durch den kompletten Dammriß Verhältnisse geschaffen werden können, die das Auftreten einer puerperalen Infektion begünstigen. So erkrankten 2 Pat. an Puerperalfieber. Man kann sicher nicht in Abrede stellen, daß den puerperalen Wunden von der Kommunikation zwischen Scheide und Mastdarm besondere Gefahren drohen, aber ebenso unsicher ist die Entscheidung, ob der komplette Dammriß an sich die Ursache der Infektion abgegeben hat. Da oft eine eingreifende geburtshilfliche Operation oder sicher immer eine und mehrere vaginale Untersuchungen vorausgegangen sind, muß man sehr damit rechnen, daß diese auch ohne kompletten Dammriß zur Infektion geführt hätten.

Bei der Behandlung der Aetiologie der Dammrisse war schon auf die Bedeutung der Narben hingewiesen, daß sie durch ihren Elastizitätsverlust bei einer neuen Geburt die Gefahr eines erneuten Dammrisses in sich bergen. Diese Komplikation ist die einzige, bei der der nicht geheilte vor dem primär geheilten kompletten Dammriß einen kleinen Vorzug hat, doch dürfte dieser Vorzug angesichts der übrigen Folgemöglichkeiten zu teuer erkauft sein.

*

Vom 1. Januar 1926 bis zum 15. Dezember 1930 ereigneten sich folgende Fälle:

Fall 1. Jahrg. 1926, Nr. 1555, 25 Jahre. II para, Kindslage: I. H. H. L.

Komplikation: Kind ist um 3—4 Wochen übertragen (4650 g schwer, 55 cm lang, Kopfumfang 39,5 cm!).

Geburtsverlauf: Vergeblicher Zangenversuch in der Poliklinik, darauf Einlieferung in die Klinik. Hier hohe Zange (Kielland) und Tarnier'sche Achsenzugzange. Bei der Extraktion reißt der Damm bis zum Anus ein.

Therapie: Naht des M. sphincter ani und des Dammes isoliert in typischer Weise.

Entlassungsbefund (12. Tag): Damm mit guter Funktion p. p. geheilt

Nachuntersuchung: Damm und Sphincter anatomisch und funktionell tadelsfrei. Pat. leidet seit der Geburt an maximaler Adipositas und dadurch bedingten Herzbeschwerden.

Fall 2. Jahrg. 1926, Nr. 158, 24 Jahre. I para, Kindslage: I. H. H. L.

Geburtsverlauf: Wegen Wehenschwäche und tiefem Querstand Zangenextraktion (Kielland), dabei Dammriß unter Mitbeteiligung des M. sphincter ani ext.

Therapie: Isolierte Naht in typischer Weise.

Entlassungsbefung (16. Tag): Dammnaht ist p. p. geheilt.

Nachuntersuchung: Primäre Heilung. Völlig beschwerdefrei. Pat. hat in der Zwischenzeit 2 mal spontan geboren, einmal mit einem kleinen Dammriß, der genäht wurde und ebenfalls gut geheilt ist.

Fall 3. Jahrg. 1926, Nr. 850, 25 Jahre. I para, Kindslage II H. H. L.

Geburtsverlauf: Spontangeburt mit sehr kräftigen Wehen, die durch Bauchpresse übermäßig kumuliert werden, dabei entsteht eine ruptura perinei completa.

Therapie: Naht in der üblichen Weise.

Entlassungsbefund (12. Tag): Der Dammriß ist gut geheilt.

Fall 4. Jahrg. 1927, Nr. 35, 18 Jahre. I para, Kindslage: I. H. H. L.

Komplikation: Eine auffallend hohe (etwa 8 cm) mit der Unterkante stark nach innen stehende Symphyse.

Geburtsverlauf: Spontangeburt. Bei der Entwicklung des Kopfes wird ein kompletter Dammriß gesetzt.

Therapie: Naht des Dammrisses mit isolierter Sphincternaht.

Enlassungsbefund (7. Tag): Dammriß ist vollkommen geheilt.

Nachuntersuchung: Das Genitale klafft etwas, der Damm ist primär geheilt, besteht aber nur aus einer sehr dünnen Schicht, desgleichen ist die Wand zwischen Vagina und Rectum auffallend dünn. Es besteht eine geringe Rectocele. Pat. hat beim Gehen und bei Anstrengungen das Gefühl, daß sich in der Dammgegend „etwas senke".

Fall 5. Jahrg. 1927, Nr. 515, 27 Jahre. II para. Gemini, Kindslagen: 1. I. dorsopost. Querlage, 2. II. H. H. L.

Komplikation: Allgemein verengtes Becken. Gemini mit Querlage und 3 Wochen übertragen (1. 3600 g schwer, 52,5 cm lang, 35,5 cm Kopfumfang, 2. 3200 g schwer, 50 cm lang, 35 cm Kopfumfang).

Geburtsverlauf: Wegen Querlage Wendung auf den Fuß, Extraktion nach Veit-Smellie bei beiden Kindern, dabei entsteht ein Dammriß 3. Grades.

Therapie: Knopfnähte für das Rectum unter Schonung der Mucosa und der herauspräparierten Sphincterenden. Typische Naht von Scheide und Damm.

Wochenbett: Mastitis.

Entlassungsbefund (20. Tag): Der Damm ist tadellos geheilt.

Nachuntersuchung: Damm und Sphincter sind anatomisch und funktionell p. p. geheilt, keinerlei Beschwerden. Zwei Jahre post part. erneute Geburt mit Forceps und Episiotomie, die ebenfalls p. p. geheilt ist. Seit der Geburt der Gemini starke cholecystitische Beschwerden, die intra partum Zangenindikation gewesen sind.

Fall 6. Jahr. 1927, Nr. 904, 22 Jahre. I para, Kindslage: I. H. H. L.

Komplikation: Prim. Wehenschwäche. Kind um einen Monat übertragen (4300 g schwer, 54,5 cm lang, Kopf-Umfang 36,5 cm).

Geburtsverlauf: Spontangeburt. Beim Herübergleiten der Stirn über den Damm entsteht ein totaler Dammriß.

Therapie: Typische isolierte Naht.

Entlassungsbefund (17. Tag): Heilung ist p. p. erfolgt, Stuhl wird willkürlich entleert.

Fall 7. Jahrg. 1927, Nr. 1127, 17 Jahre. I para, Kindslage: I. H. H. L.

Komplikation: Infantiles Genitale. Großes, etwas übertragenes Kind (4150 g schwer, 52,5 cm lang, 37 cm Kopfumfang).

Geburtsverlauf: Spontangeburt. Infolge sehr starker Preßwehen schneidet der Kopf plötzlich durch. Dabei entsteht ein D.-R. III°.

Therapie: Typische Naht.

Entlassungsbefund (11. Tag): Der D.-R. ist gut verheilt (p. p.).

Nachuntersuchung: Damm und Sphincter sind primär geheilt. Pat. klagt über Obstipation und starke Menorrhagien.

Fall 8. Jahrg. 1928, Nr. 869, 22 Jahre. I para, Kindslage: I Steißlage.

Geburtsverlauf: Extraktion am Steiß. Bei der Entwicklung des Kopfes nach Veit-Smellie kommt es zu einem totalen Dammriß.

Therapie: Typische Naht mit isolierter Naht des Sphincters.

Entlassungsbefund (13. Tag): Damm ist p. p. geheilt.

Nachuntersuchung: Pat. klagt über häufig auftretende Kreuzschmerzen. Damm und Sphincter gut geheilt und von normaler Funktion. Retroflexio uteri.

Fall 9. Jahrg. 1928, Nr. 932, 23 Jahre. I para, Kindslage I. H. H. L.

Komplikation: Sinken der kindl. Herztöne unter 100.

Geburtsverlauf: Forceps (Naegele). Trotz Episiotomie entsteht ein großer Dammriß III°.

Therapie: Isolierte Naht des Rectums und Sphincters, Damm- und Episiotomienaht.

Entlassungsbefund (12. Tag): Dammriß p. p. geheilt. Wohlbefinden.

Nachuntersuchung: Im 1. Jahr nach der Entbindung teilweise inkontinent, in der Analgegend bestand damals häufiges, sehr schmerzhaftes Wundsein. Der Zustand hat sich dann aber sehr gebessert. Jetzt hochgradige Obstipation und sehr schmerzhafte Defäkation. Kohabitation ist mit Schmerzen verbunden. Damm p. p. geheilt, vom Sphincter sind nur wenige Fasern erhalten.

Fall 10. Jahrg. 1928, Nr. 1175, 27 Jahre. IV para, Kindslage II. H. H. L.

Komplikation: Großer kindl. Kopf (Umfang 39 cm).

Geburtsverlauf: Spontangeburt mit unerwartet plötzlichem Durchschneiden des Kopfes ohne Dammschutz. Dabei reißt der Damm vollständig bis zum Anus.

Therapie: Typische isolierte Naht.

Entlassungsbefund (14. Tag): Die Dammnaht ist p. p. geheilt.

Nachuntersuchung: Bei Anstrengungen verspürt Pat. in Dammgegend geringe Schmerzen und hat das Gefühl, „als ob unten etwas auseinandergeht". Damm und Sphincter vollständig intakt, breiter Levatorenspalt, aber keine Rectozele.

Fall 11. Jahrg. 1928, Nr. 127 (Polikl). I para, Kindslage I. H. H. L.

Komplikation: Wehenschwäche, Fieber sub partu, tiefer Querstand.

Geburtsverlauf: Forceps (Kielland). Trotz Episiotomie entsteht ein Dammriß, bei dem auch Sphincter ani und das Rectum weit hinauf aufgerissen wird.

Therapie: Naht des Rectums, des Sphincters und typische Dammnaht.

Wochenbett: Endometritis.

1. Nachuntersuchung (3 Wochen): Der Damm ist größtenteils p. p. geheilt, es besteht aber eine feine Rectum-Dammfistel, die im wesentlichen nur für Blähungen durchgängig ist.

2. Nachuntersuchung: Pat. liegt nach 5 Wochen noch. Die Rectum-Dammfistel ist nur noch für eine Sonde durchgängig.

Nachuntersuchung: Der Damm und Sphincter sind p. p. geheilt, es besteht keine Fistel mehr. Auch funktionell einwandfrei. Pat. hat keine Beschwerden.

Fall 12. Jahrg. 1928, Nr. 172, 22 Jahre. I para, Kindslage II Steißlage.

Komplikation: Sekundäre Wehenschwäche.

Geburtsverlauf: Extraktion nach Veit-Smellie, dabei entsteht ein kompletter Dammriß.

Therapie: Naht in typischer Weise.

Wochenbett: Stark fieberhafte Mastitis.

Entlassungsbefund (22. Tag): Der Damm ist sehr gut (p. p.) geheilt.

Fall 13. Jahr. 1928, Nr. 319, Alter 39 J. II para, Kindslage II. H. H. L.

Komplikation: Drohende intrauterine Asphyxie des Kindes.

Geburtsverlauf: Forceps (Kielland) mit Episiotomie, dabei treten die Schultern nicht in das Becken ein. Herunterholen des hinteren Arms und

weitere Extraktion. Bei der Geburt der Schultern reißt die Episiotomie zum totalen Dammriß weiter.

Therapie: Typische isolierte Naht.

Wochenbett: Cystitis.

Entlassungsbefund (21. Tag): Damm vollkommen verheilt. Sphincter ani funktioniert gut.

Nachuntersuchung: Pat. klagt über sehr lästige Incontinentia flatus, starke Kreuzschmerzen und daß unten „etwas vorfiele". Befund: Damm papierdünn, vom Sphincter sind nur wenige Fasern erhalten und in Funktion. Starke Cystozele und Deszensus uteri. Pat. ist in privatärztlicher Behandlung, trägt seit 1 Jahr ein Ringpessar. Operation angeraten.

Fall 14. Jahrg. 1929, Nr. 358, 25 Jahre. II para, Kindslage I. H. H. L.

Geburtsverlauf: Wenige Minuten nach extern erfolgter Spontangeburt mit komplettem Dammriß erfolgt ein schwerer eklamptischer Anfall.

Therapie: Stroganoff und Insulininjektion. Versorgung des frischen Dammrisses in typischer Art.

Wochenbett: Normal, ohne weitere Anfälle.

Entlassungsbefund (1 Monat): Dammnaht p. p. gut geheilt. Völlig beschwerdefrei.

Nachuntersuchung: Pat. leidet seit einigen Jahren an einer Nierenerkrankung, die sich seit dem Partus stark verschlimmert habe. Befund: Starke Oedeme, besonders der unteren Extremitäten. Damm und Sphincter primär geheilt. Starke Obstipation.

Fall 15. Jahrg. 1929, Nr. 434, 21 Jahre. I para, Kindslage I. H. H. L.

Komplikation: Großes, übertragenes Kind (4300 g schwer, 54,5 cm lang, 37 cm Kopfumfang), Arcus pubis auffallend verengt.

Geburtsverlauf: Wegen schlechter kindlicher Herztöne Forceps (Naegele). Bei der Extraktion entsteht ein kompl. Dammriß.

Therapie: Typische Naht in drei Etagen.

Entlassungsbefund: Dammriß p. p. geheilt.

Nachuntersuchung: Pat. klagt über leichte Kreuzschmerzen. Es liegt eine geringe Retroflexio vor. Damm und Sphincter sind voll funktionsfähig geheilt.

Fall 16. Jahrg. 1929, Nr. 465, 25 Jahre. II para, Kindslage: I. H. H. L.

Komplikation: Allgemein verengtes Becken, Fieber unter Geburt.

Geburtsverlauf: Spontangeburt mit Reißen des Dammes und des M. sphincter ani.

Therapie: Raffung des Sphincters mit drei Nähten, sonst Dammnaht in der üblichen Weise.

Wochenbett: Fieberfrei.

Entlassungsbefund (11. Tag): Dammriß p. p. geheilt.

Nachuntersuchung: Pat. ist beschwerdefrei. Heilung anatomisch und funktionell sehr gut. Retroflexio uteri.

Fall 17. Jahrg. 1929, Nr. 1297, 22 Jahre. I para, Kindslage I, unvollkommene Fußlage.

Komplikation: Allgemein verengtes Becken, sehr enger Arcus pubis.

Geburtsverlauf: Extraktion, Manualhilfe, Entwicklung des Kopfes nach Veit-Smellie, dabei totaler Dammriß.

Therapie: Typische isolierte Naht.

Entlassungsbefund (13. Tag): Genitale klafft etwas. Damm und Sphincter p. p. geheilt.

Nachuntersuchung: Pat. klagt über sehr starke Obstipation seit der Geburt, Kohabitation ist sehr schmerzhaft, sonst keine Beschwerden. Primäre Heilung von Damm, Sphincter und Vagina.

Fall 18. Jahrg. 1929, Nr. 1429, 22 Jahre. I para, Kindslage I. V. H. L.

Komplikation: Eklamptische Anfälle. Allgemein verengtes Becken mit auffallend engem Arcus pubis.

Geburtsverlauf: Forceps. Trotz Episiotomie kommt es zu totalem Dammriß, als die Frau bei gleichzeitigem Zangenzug heftig mitpreßt.

Therapie: Uebliche Naht.

Wochenbett: Normal, ohne weitere eklamptische Anfälle.

Entlassungsbefund (21. Tag): Episiotomie und Dammriß sind primär geheilt.

Nachuntersuchung: Kaum sichtbare primäre Narbe. Sphincter absolut funktionstüchtig. Völlig beschwerdefrei.

Fall 19. Jahrg. 1929, Nr. 105 (Poliklinik), 32 Jahre. I para, Kindslage I. H. H. L.

Komplikation: Alte Erstgebärende.

Geburtsverlauf: Spontangeburt mit komplettem Dammriß.

Therapie: Typische isolierte Naht.

Wochenbettbefund (10 Tage): Dammnaht ist primär geheilt. Pat. ist kontinent.

Nachuntersuchung: Pat. klagt seit Geburt über sehr starke Obstipation, Kreuzschmerzen und seit etwa 1 Monat über Harndrang und ein ausgesprochenes „Senkungsgefühl".

Befund: Damm und Sphincter primär geheilt, Genitale etwas klaffend, Cystocele. Operation angeraten.

Fall 20. Jahrg. 1929, Nr. 490 (Poliklinik), 38 Jahre. IV para, Kindslage II. H. H. L.

Komplikation: Kind ist übertragen (4500 g schwer, 57 cm lang, 38,5 cm Kopfumfang). Alte ausgedehnte Dammrißnarben.

Geburtsverlauf: Spontangeburt. Beim Durchschneiden des Kopfes entsteht ein großer inkompletter Dammriß, der bei der Entwicklung der hinteren Schulter zum kompletten Dammriß wird.

Therapie: Isolierte Naht von Rectum, Sphincter und Damm.

Wochenbettbefund (10 Tage): Dammnaht p. p. geheilt, keine Zeichen von Incontinentia alvi.

Nachuntersuchung: Anatomisch und funktionell vollkommene Heilung. Keinerlei Beschwerden.

Fall 21. Jahrg. 1929, Nr. 276 (Poliklinik)., 24 Jahre. I para, Kindslage I. Steißlage.

Komplikation: Allgemein verengtes Becken mit engem Arcus pubis. Fieber unter der Geburt, sekundäre Wehenschwäche.

Geburtsverlauf: Extraktion. Bei der Entwicklung des Kopfes nach Veit-Smellie totaler Dammriß.

Therapie: Naht in typischer Weise.

Wochenbett: Fieberfrei, normal.

Befund nach 3 Wochen: Naht ist p. s. geheilt, Pat. wird spätere Plastik angeraten (s. Nr. 38).

Fall 22. Jahrg. 1929, Nr. 481 (Poliklinik), 26 Jahre. I para. Kindslage II. H. H. L.

Komplikation: Enger Schambogen bei sonst normalen Massen.

Geburtsverlauf: Spontangeburt mit totalem Dammriß.

Therapie: Isolierte Naht vom Sphincter, Vagina und Damm.

Wochenbettbefund: Nach 9 Tagen Wohlbefinden. Dammnaht ist p. p. geheilt.

Nachuntersuchung: Ergab einen anatomisch und funktionell ausgezeichneten Befund.

Fall 23. Jahrg. 1930, Nr. 391, 23 Jahre. I para, Kindslage I. H. H. L.

Komplikation: Großes Kind (4600 g schwer, 55 cm lang, Kopfumfang 36 cm).

Geburtsverlauf: Spontangeburt. Durch sehr kräftige Wehen ist die Austreibung sehr beschleunigt. Es entsteht ein Totaldammriß mit Verletzung der Darmschleimhaut.

Therapie: Isolierte Rectum- und Sphincternaht. Typische Scheiden- und Dammnaht.

Entlassungsbefund (14 Tage): Damm gut geheilt.

Nachuntersuchung: Damm und Sphincter sind p. p. geheilt und funktionstüchtig. Absolute Kontinenz. Keinerlei Erscheinungen von Seiten der Dammnaht.

Fall 24. Jahrg. 1930, Nr. 1244. I para, Kindslage II. H. H. L.

Geburtsverlauf: Spontangeburt mit sehr starken Wehen. Trotz der Entwicklung des Kopfes während einer Wehenpause mit Hinterdammgriff entsteht ein Dammriß unter Mitbeteiligung der Sphinctermuskulatur.

Therapie: Typische Naht.

Entlassungsbefund (13. Tag): Damm ist gut verheilt.

Nachuntersuchung: Subjektiv keinerlei Beschwerden. Primäre Heilung.

Fall 25. Jahrg. 1930, Nr. 1317, 20 Jahre. I para, Kindslage I. Steißlage.

Komplikation: Allgemein verengtes Becken, Wehenschwäche.

Geburtsverlauf: Manualhilfe. Bei der Extraktion des Kopfes nach Veit-Smellie kommt es zu einem großen Dammriß, bei dem auch der Sphincter mit eingerissen ist.

Therapie: Naht in der üblichen Art.

Entlassungsbefund und Nachuntersuchung (15. Tag): Dammriß ist p. p. geheilt, voll funktionsfähig.

Fall 26. Jahrg. 1930, Nr. 77 (Poliklinik), 24 Jahre. I para, Kindslage I. H. H. L.

Geburtsverlauf: Spontangeburt mit Dammriß III°.

Therapie: Typische, isolierte Naht.

Wochenbettbefund: Naht ist primär geheilt. Wohlbefinden.

Nachuntersuchung: Pat. hat keinerlei Beschwerden, sehr gute primäre Heilung.

Fall 27. Jahrg. 1930, Nr. 86 (Poliklinik), 24 Jahre. I para, Kindslage: II. vollkommene Steißlage.

Komplikation: Drohende intrauterine Asphyxie des Kindes.

Geburtsverlauf: Extraktion. Episiotomie. Bei der Geburt des Rumpfes reißt der Damm komplett ein.

Therapie: Versorgung des Risses und der Episiotomie in üblicher Weise.

Wochenbettbefund: Dammnaht p. p. geheilt.

Nachuntersuchung: Pat. hat nur gelegentlich bei großen körperlichen Anstrengungen das Gefühl, als ob sich in der Dammgegend etwas verzerre. — Befund: Damm und Sphincter tadellos geheilt. Levatoren intakt, auffallend enger Schambogen u. hohe Symphyse.

Fall 28. Jahrg. 1930, 115 (Poliklinik). IV para, Kindslage I. H. H. L.

Komplikation: Alter kompletter Dammriß von einer früheren Geburt, enger Schambogen.

Geburtsverlauf: Spontangeburt, bei der ein alter sekundär geheilter Dammriß erneut aufreißt und auch das Rectum dicht über dem Anus miteinreißt.

Therapie: Anfrischung der Ränder des alten Dammrisses. Plastische Rekonstruktion der hinteren Scheidenwand und des Beckenbodens. Naht des Rectums mit Lembertnähten. Rekonstruktion der Analöffnung. Annähung des Sphincters. Hautnähte.

Wochenbett: Von Privatarzt übernommen.

Nachuntersuchung: Der Damm ist p. p. geheilt. Die Pat., die jahrelang vor der Naht incontinent war, ist nunmehr kontinent und fühlt sich wie vor der 1. Geburt und klagt nur über Obstipation.

Fall 29. Jahrg. 1930, Nr. 305 (Poliklinik), 25 Jahre. II para, Kindslage I. H. H. L.

Komplikation: Primäre und sekundäre Wehenschwäche, enger arcus pubis, lange Geburtsdauer.

Geburtsverlauf: Beckenausgangszange. Dabei entsteht ein totaler Dammriß.

Therapie: Isolierte Naht des Sphincters und des Dammes.

Wochenbettbefund (7. Tag): Dammnaht in guter Heilung.

Nachuntersuchung: Bei Anstrengungen geringe Schmerzen in Dammgegend. Damm und Sphincter sind p. p. int. geheilt und voll funktionstüchtig. Sonst keinerlei Beschwerden.

Fall 30. Jahrg. 1930, Nr. 317 (Poliklinik), 22 Jahre. I para, Kindslage I. H. H. L.

Komplikation: Primäre Wehenschwäche.

Geburtsverlauf: Spontangeburt mit komplettem Dammriß.

Therapie: Typische isolierte Naht.

Wochenbettbefund: Dammnaht p. p. geheilt. Wochenbettverlauf ungestört.

Fall 31. Jahrg. 1930, Nr. 1284a (Klinik und Poliklinik), 25 Jahre. I para, Kindlage I. H. H. L.

Komplikation: Sekundäre Wehenschwäche, Mekoniumabgang, kindliche Herztöne unter 100.

Geburtsverlauf: Extraktionsversuch mit der Wiener Schulzange. Zweiter Versuch mit der Naegele'schen Zange gelingt nach großer Mühe. Trotz Episiotomie reißt der Damm vollständig ein.

Therapie: Damm und Sphincternaht in der typischen Weise.

Wochenbett: Cystitis, Ischias, Schenkel-Venen-Thrombose.

Entlassungsbefund und Nachuntersuchung (7. Woche): Der Dammriß ist nur per secundam geheilt und klafft weit. Der Sphincter steht. Kontinenz ist vollkommen. Das Allgemeinbefinden ist sehr gut.

Fälle mit altem, komplettem Dammriß.

Fall 32. Jahrg. 1926, Nr. 268, 23 Jahre.

Anamnese: Vor 3½ Jahren erste Entbindung mit Forceps. Dammriß erst 24 Stunden p. p. genäht Nach einem Wochenbett von über 6 Wochen (Ursache unbekannt) bemerkte Pat. beim ersten Aufstehen, daß sie weder Winde noch Stuhl halten könne.

Beschwerden: Unvermögen, Winde und Stuhl zu halten. Häufiger „Abgang von Kot durch die Scheide".

Operation: Dammplastik nach Lawson-Tait.

Entlassungsbefund (12. Tag): Heilung p. p. Vollkommene Kontinenz für Stühle und Winde. Wohlbefinden.

Fall 33. Jahrg. 1926, Nr. 432, 28 Jahre.

Anamnese: Vor 9 Wochen schwere Zangenentbindung mit totalem Dammriß.

Beschwerden: Unwillkürlicher Abgang von Winden (Stuhl kann gehalten werden).

Operation: Dammplastik in der von Küstner angegebenen Art.

Entlassungsbefund (11. Tag): Vollkommene Kontinenz auch gegen Winde. Wohlbefinden, geheilt entlassen.

Nachuntersuchung: Primäre Heilung mit funktionell sehr gutem Erfolg. Völlig ohne Beschwerden.

Fall 34. Jahrg. 1927, Nr. 188, 19 Jahre.

Anamnese: Vor ½ Jahr Zangenentbindung mit Dammriß, der primär genäht wurde. Wochenbettsinfektion mit reichlichem Ausfluß. Der Damm sei wieder auseinandergegangen, Stuhl konnte immer gehalten werden.

Beschwerden: Angeblich keine.

Operation: Perineoplastik: Abpräparation der Scheiden- von der Rectumwand. Rectumnaht. Raffung der Sphincterenden. Anfrischung der hinteren Scheidenwand nach Art einer hinteren Kolporrhaphie mit Levatorknopfnähten.

Entlassungsbefund (9. Tag): Wunde ist primär, sehr gut geheilt. Absolute Kontinenz. Wohlbefinden.

Fall 35. Jahrg. 1927, Nr. 79, 29 Jahre.

Anamnese: Vor 4 Jahren Zangenentbindung, bei der ein totaler Dammriß entstand, dessen Naht die Pat. aber verweigerte. Stark fieberhaftes Wochenbett von der Dauer von 3 Monaten. Vom 6. Wochenbettstag an konnte Pat. Stuhl nicht mehr halten.

Beschwerden: Incontinentia alvi et flatus.

Operation: Quere Trennung von Scheide und Rectum. Anfrischung durch Schmetterlings-Figur, darauf Naht des Rectums, Sphincters u. Damms.

Entlassungsbefund (13. Tag): Wunde ist gut geheilt. Völlige Stuhlkontinenz.

Nachuntersuchung: Pat. hat eine geringe Retroflexio uteri, sie klagt über leichte Kreuzschmerzen und ein Gefühl, als ob sich im Becken etwas senke. Damm und Sphincter sind primär geheilt. Kein Deszensus oder Prolaps. Kontinenz für Stuhl und Winde. Der Arcus pubis fällt bei der Untersuchung durch seine besondere Enge auf.

Fall 36. Jahrg. 1927, Nr. 180, 29 Jahre.

Anamnese: Vor 6 Wochen Entbindung in einer Klinik (Steißlage, Extraktion, Totgeburt). Bei der Extraktion kompletter Dammriß, der sofort genäht wurde. Während des Wochenbetts starker Ausfluß und starke Durchfälle, wegen Typhusverdachtes Verlegung. Durch den Ausfluß und den häufigen Stuhlgang seien die Nähte wieder aufgegangen. Kontinenz ist erhalten.

Operation: Dammplastik in typischer Weise mit Sphincternaht.

Entlassungsbefund (9. Tag): Naht primär geheilt. Wohlbefinden.

Nachuntersuchung: Primär geheilt, Pat. hat keinerlei Beschwerden. Inzwischen neuer Partus (Steißlage) spontan ohne Dammriß.

Fall 37. Jahrg. 1928, Nr. 68, 60 Jahre.

Anamnese: 4 Partus. Bei der 1. Entbindung vor 40 Jahren (!) war ein Dammriß entstanden, der nicht genäht wurde, 3 weitere Geburten erfolgten spontan ohne Komplikationen. Beschwerden von dem Dammriß wurden nicht verspürt. Stuhlgang war stets in Ordnung.

Beschwerden: Seit einem Monat bemerkt Pat., daß ihre Wäsche mit Kot beschmutzt sei und daß am After „etwas vorfiele“. Prolaps der Rectalschleimhaut.

Operation: Kolporrhaphia ant. und post. Resektion der prolabierten Analschleimhaut. Dammplastik nach Lawson-Tait.

Entlassungsbefund (11. Tag): Primär geheilt entlassen.

Fall 38. Jahrg. 1929, Nr. 276 (geb. Poliklinik), 24 Jahre.

Anamnese: s. unter Fall 21.

Beschwerden: Sehr schmerzhafte Defäkation bei Kontinenz für großkalibrigen Stuhl. Winde und dünner Stuhl (besonders bei Diarrhoe) gehen unwillkürlich ab.

Operation: Anfrischung und Plastik nach Küstner.

Entlassungsbefund (11. Tag): p. p. geheilt, Wohlbefinden.

Nachuntersuchung: Primäre Heilung mit absoluter Kontinenz. Keine Beschwerden mehr.

Fall 39. Jahrg. 1929, Nr. 373, 22 Jahre.

Anamnese: Vor 8 Monaten Entbindung (mit Forceps) von einem sehr großen Kinde. Dabei entstand ein kompletter Dammriß, der genäht wurde. Beim ersten Stuhlgang post partum, am 3. Tag, riß die ganze Naht wieder auf.

Beschwerden: Seit Entbindung leidet Pat. unter der Inkontinenz für Winde und dünnen Stuhl.

Operation: Typische Dammplastik nach Lawson-Tait.

Entlassungsbefund (12. Tag): Naht ist p. p. geheilt. Pat. ist vollkommen kontinent für dünnen Stuhl und Flatus.

Nachuntersuchung: Anatomisch und funktionell vollkommene Heilung. Ueber ½ Jahr lang nach der Operation Schmerzen in der Dammgegend bei Anstrengungen. Jetzt beschwerdefrei.

Fall 40. Jahrg. 1930, Nr. 981, 40 Jahre.

Anamnese: 5 Partus, letzter vor 9 Jahren. Beim 3. Partus war ein Dammriß entstanden, der nicht geheilt war. Vor einem Jahr abdominale Totalextirpation und rechtsseitige Drüsenausräumung wegen Portio suspecta bei Gravidität mens II. Komplikation: Rectalfistel. Seit der Operation periodisch auftretende Schmerzen im After unabhängig vom Stuhlgang. 5 mal flüssiger Stuhlabgang durch die Scheide. Oft Urininkontinenz.

Diagnose: Alter, kompletter Dammriß, Rectum-Scheidenfistel, Cystocele.

Operation: Fistelspaltung und Fistelverschluß. Vordere Plastik. Kolpoperineoplastik mit isolierter Sphincter- und Levatornaht.

Komplikation: Heilung per secundam, vorübergehende Kontinuitätstrennung der Dammwunde mit Verbindung zum Rectum.

Entlassungsbefund und Nachuntersuchung: Die Naht ist überall geheilt (p. s.). Kontinenz für Stuhl und Winde.

Fall 41. Jahrg. 1930, Nr. 515, 46 Jahre.

Anamnese: 3 Partus, 3 Abortus. Bei der 1. Geburt (Steißlage) vor 24 Jahren entstand ein Dammriß 3. Grades, der schlecht heilte, trotzdem war Pat. immer kontinent.

Beschwerden: Seit ½ Jahr Kreuzschmerzen und ziehende Schmerzen im rechten Unterleib. Pat. kann seitdem auch dünnen Stuhl und Winde nicht mehr halten.

Diagnose: Rectocele. Alter kompletter Dammriß mit Vorfall der Schleimhaut des Rectums.

Operation: Kolpoperineoplastik (nach Hegar) mit partieller Resektion des Rectums.

Entlassungsbefund und Nachuntersuchung (nach 3 Wochen): Der Damm ist gut geheilt, bis auf eine kleine Dehiszens in der Mitte, an dieser Stelle dringt eine feine Sonde in die Oeffnung etwa 2 cm tief in Richtung auf die Vagina ein, aber keine Verbindung mit der Vagina. After schließt gut. Stuhl und Blähungen werden gehalten.

Fall 42. Jahrg. 1930, Nr. 802, 47 Jahre.

Anamnese: Vor 20 Jahren Zangenentbindung mit totalem Dammriß.

Beschwerden: Seit ½ Jahr besonders starker Ausfluß und Juckreiz in der Scheide. Ferner klagt Pat. über starkes Brennen einer kleinen Wunde in der Scheide. Bei Anstrengungen „Drängen nach unten".

Diagnose: Alter totaler Dammriß, zentraler Defekt im Damm.

Operation: Perineoplastik nach Hegar.

Entlassungsbefund (17. Tag): Damm p. p. geheilt, beschwerdefrei.

Nachuntersuchung: Der Damm ist p. p. geheilt, besteht aber nur aus einer dünnen Hautbrücke. Vaginalöffnung nur für einen Finger eingängig, starke Schmerzen bei Kohabitation. Das Drängen nach unten ist nicht gebessert. Pat. klagt außerdem über Kreuzschmerzen. Das Brennen und Jucken in der Scheide hat aufgehört.

Fall 43. Jahrg. 1930, Nr. 1010, 55 Jahre.

Anamnese: Vor 30 Jahren Spontangeburt mit komplettem Dammriß, der aber nicht genäht wurde.

Beschwerden: Schmerzen im Rücken und in beiden Seiten seit 10 bis 15 Jahren, ebenso lange das Gefühl, daß unten etwas herausfiele. Pat. muß oft Wasser lassen. Häufig Drängen zum Urinieren. Schmerzen reichen bis zum Rippenbogen.

Diagnose: Cystocele, entzündlicher Adnextumor, alter unvollkommen geheilter Dammriß 3. Grades. Ueber zweifingerbreiter Zwischenraum zwischen den Levatorschenkeln.

Operation: Hintere Kolpocoeliotomie, Interpositio uteri, vordere Kolporrhaphie, Kolpoperineoplastik in typischer Weise mit Levatornaht.

Entlassungsbefund (17. Tag): Uterus anteflektiert. Scheiden- und Dammwunde gut geheilt. Keine Beschwerden.

Nachuntersuchung: Pat. hat kein Senkungsgefühl mehr, der Harndrang ist stark gebessert. Damm und Sphincter sind p. p. geheilt mit sehr guter Funktion.

*

Bei 4 Fällen konnten Nachuntersuchungen nicht mehr ausgeführt werden, da die Pat. inzwischen unbekannt verzogen, auch mit Hilfe von Post und Polizei nicht mehr ausfindig gemacht werden konnten. Zwei weitere Fälle blieben ohne Nachuntersuchung, weil trotz wiederholter Einladung die Pat. nicht zur Untersuchung erschienen, und bei 3 Besuchen (mit und ohne schriftliche Anmeldung) niemand angetroffen wurde. In diesen Fällen konnte der Erfolg bezw. Mißerfolg nur durch die Entlassungsbefunde betrachtet werden.

Zusammenfassung.

Die Aetiologie der kompletten Dammrisse ist so vielgestaltig und umfangreich, daß es völlig unmöglich erscheint, den Totalriß mit Sicherheit zu vermeiden. Ist es nun trotz aller Vorsichtsmaßnahmen und genauen Beobachtung dennoch zu einem kompletten Dammriß gekommen, soll auf jeden Fall die sofortige Vereinigung durch Naht ausgeführt werden. Die Heilergebnisse der lege artis ausgeführten Naht sind so gute, daß man niemals den Pat. die außerordentlich unangenehmen möglichen Folgeerscheinungen und eine später doch erfolgende Operation zumuten soll, indem man den Versuch der Primärnaht unterläßt.

Literaturverzeichnis.

Ahlfeld, F.: Ueber Verhütung und Behandlung der Dammrisse. D. med. Wochenschrift 1907, Nr. 51.

Ammenhäuser, W.: Ueber die operative Behandlung der kompletten Dammrisse und ihre Resultate. Diss. Würzburg 1913.

Berger, H.: Prognose und Häufigkeit der Dammrisse. Diss. Freiburg 1912.

Braun, v.: in: v. Winkels Handbuch der Geburtshilfe, Bd. III/2.

Bumm, E.: Grundriß der Geburtshilfe.

Döderlein, A.: Handbuch der Geburtshilfe.

— Leitfaden für den geburtshilflichen Operationskurs.

Eisenreich, O.: in: Döderleins Handbuch der Geburtshilfe, Bd. 3.

Eversmann, I.: Ueber die Behandlung des frischen Dammrisses. Zbl. f. Geb. u. Gyn. 1904.

Franqué, O. v.: Ueber komplette und zentrale Dammrisse. Frauenarzt 1911.

Franz, K.: Gynäkologische Operationen.

Gänssle, H. F.: Klinische Erfahrung an 138 Fällen von komplettem Dammriß. M. Schrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 49.

Hammerschlag, S.: Lehrbuch der operativen Geburtshilfe.

Hegar, K.: Ueber die Behandlung des frischen Dammrisses. Münch. med. Wochenschrift 1909.

Hegar-Kaltenbach: Operative Gynäkologie.

Hofmeier, M.: Grundriß der gynäkologischen Operationen.

Jaschke, R. v.: Zur Rationalisierung des Dammschutzes. Arch. f. Geb. u. Gyn. Bd. 134.

— Gynäkologie.

Küstner, O.: Die individualisierende Operation der veralteten Scheiden Damm-Mastdarmrisse.

Liepmann, W.: Das geburtshilfliche Seminar. Praktische Geburtshilfe in 20 Vorlesungen.

— Der gynäkologische Operationskurs an der Leiche.

Menge-Opitz: Handbuch der Frauenheilkunde.

Nagel, W.: Ueber Dammplastik bei kompletter Ruptur. Berl. klin. Wochenschrift 1916.

— Die Lappendammbildung bei kompletter Ruptur, besonders die Lawson-Tait'sche Methode. Arch. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75.

Olshausen: Ueber Dammverletzung und Dammschutz. Volkmanns Sammlung klin. Vorträge Nr. 44.

Rauber-Kopsch: Die Anatomie des Menschen.

Reifferscheid, K.: Lage- und Gestaltsveränderungen der weiblichen Genitalorgane. Halban-Seitz Bd. III.

Sellheim, H.: Zur Entstehung und Heilung kompletter Dammrisse. Münch. med. Wochenschrift 1909.
— Anatomische Grundlagen und Technik der Beckenbodenplastik. Arch. f. Geb. u. Gyn. Bd. 123.
Schröder, R.: Lehrbuch der Gynäkologie.
Schommertz, W.: Die Erfolge der Naht des frischen Dammrisses. Straßb. med. Wochenschrift 1904.
Sippel, A.: Wieviel Zeit muß nach der Geburt verstreichen, bis man plastische Operationen an den Genitalien ausführen darf? Zbl. f. Geb. u. Gyn. 1906.
Stöckel, W.: Lehrbuch der Geburtshilfe.
— Lehrbuch der Gynäkologie.
Wagner, G. A.: Ein Fall von Geburt durch den Damm. Zbl. f. Geb. u. Gyn. 1917.
Straßmann, P.: Zur Dammnaht. Zbl. f. Geb. u. Gyn. 1915.
Winter, G.: In Halban-Seitz, Bd. VIII/2.
Zangemeister, W.: Ueber den Mechanismus der Dammrisse. Zbl. f. Geb. u. Gyn. Bd. 50.
— Ueber eine seltene Art von Dammrissen (Vulvaporrhexis). Zbl. f. Geb. u. Gyn. 1901.
Zimmermann, H.: Klinische Beiträge zur Heilung kompletter Dammrisse. Diss. Straßburg 1905.
Zweifel, P.: Lehrbuch der Geburtshilfe.
Vogel, G.: Ueber die Behandlung des frischen Dammrisses. Zbl. f. Geb. u Gyn. 1904.

Lebenslauf.

Ich, Herbert Ewald Burger, wurde am 14. September 1905 zu Berlin geboren. Mit 6½ Jahren kam ich Ostern 1912 auf das Luisen-Gymnasium zu Berlin. Ostern 1924 erlangte ich an dieser Schule das Zeugnis der Reife. Meine ursprüngliche Absicht war, Kaufmann zu werden, und zu diesem Zweck ließ ich mich an der Handelshochschule zu Berlin immatrikulieren; gleichzeitig trat ich eine Lehrstelle in einem großen Hause an. Da ich jedoch in keiner Weise in dem erwählten Beruf Befriedigung fand, sattelte ich nach 1½ Jahren um und beschloß, Medizin zu studieren. Im Sept. 1925 wurde ich bei der medizinischen Fakultät der Friedrich Wilhelms-Universität zu Berlin eingeschrieben. Meinen Studienpflichten lag ich während aller Semester an dieser Hochschule ob. Im Herbst 1928 bestand ich mein Physikum. Zur Zeit der Abfassung der Arbeit stand ich im 11. Fakultätssemester. Das medizinische Staatsexamen absolvierte ich in der 1. Hälfte des Sommersemesters 1931 mit dem Gesamtprädikat „gut“.